

## Questionnaire initial

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ État civil :  Célibataire  Marié  Divorcé  
Téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_  Veuf  Séparé  
Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_  
Nom du parent (si mineur) : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Comment avez-vous entendu parler de nous ?  Référence/Ami  Internet  Pancarte  Autre

### Pour quelle raison désirez-vous nous consulter ?

Douleur/Inconfort  Performance  Posture  Prévention  Mobilité  Énergie  
 Accident auto  Accident travail  Autre : \_\_\_\_\_

### Veillez indiquer si vous avez déjà subi des accidents (à partir de votre jeune enfance)

	Jamais	1-2 légers	3+ légers	1- 2 majeurs	3+ majeurs
Avez-vous déjà eu un accident d'automobile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un accident travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un accident de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un impact, chute ou choc à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Veillez identifier vos problèmes de santé présents

<b><u>Vue</u></b> <input type="checkbox"/> Hypermétropie <input type="checkbox"/> Myopie <input type="checkbox"/> Presbytie / Vue embrouillée	<b><u>Système cardio-vasculaire</u></b> <input type="checkbox"/> Basse pression artérielle <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle <input type="checkbox"/> Douleurs à la poitrine <input type="checkbox"/> Évanouissements <input type="checkbox"/> Membres enflés <input type="checkbox"/> Souffle court <input type="checkbox"/> Varices	<b><u>Système hormonal</u></b> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypoglycémie <input type="checkbox"/> Prob. thyroïde (hyper/hypo) <input type="checkbox"/> Autres troubles hormonaux	<b><u>Système reproducteur homme</u></b> <input type="checkbox"/> Douleur aux testicules <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile <input type="checkbox"/> Problèmes de prostate
<b><u>Toucher et sensations</u></b> <input type="checkbox"/> Engourdissements <input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Perte de sensation <input type="checkbox"/> Tremblements	<b><u>Audition</u></b> <input type="checkbox"/> Acouphènes <input type="checkbox"/> Surdité (1 ou 2 oreilles)	<b><u>Peau</u></b> <input type="checkbox"/> Démangeaisons <input type="checkbox"/> Éruption / Rougeurs <input type="checkbox"/> Mains / Pieds froids <input type="checkbox"/> Saignements de nez	<b><u>Système reproducteur femme</u></b> <input type="checkbox"/> Menstruations abondantes <input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles <input type="checkbox"/> Symptômes pré-ménopause
<b><u>Système digestif</u></b> <input type="checkbox"/> Ballonnements/Gaz <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Gain de poids rapide <input type="checkbox"/> Perte de poids rapide <input type="checkbox"/> Brûlements d'estomac <input type="checkbox"/> Ulcères	<b><u>Système respiratoire</u></b> <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents <input type="checkbox"/> Sinusites <input type="checkbox"/> Toux fréquente	<b><u>Système musculo-squelettique</u></b> <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Migraines <input type="checkbox"/> Douleur au bras <input type="checkbox"/> Douleur à la jambe <input type="checkbox"/> Douleur au cou <input type="checkbox"/> Douleurs dorsales <input type="checkbox"/> Douleurs lombaires <input type="checkbox"/> Douleur à la main <input type="checkbox"/> Douleur au pied	<b><u>Système urinaire</u></b> <input type="checkbox"/> Pierres aux reins <input type="checkbox"/> Envie d'uriner fréquente
			<b><u>Bien-être</u></b> <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Irritabilité

## Veillez identifier les maladies ou problèmes que vous avez ou avez déjà eu

### Maladies d'enfance

- Coqueluche
- Rougeole
- Oreillons
- Scarlatine
- Varicelle

### Maladies infectieuses

- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde
- Malaria
- Sida - VIH
- Tuberculose

### Maladies chroniques

- Arthrite rhumatoïde
- Emphysème
- Épilepsie
- Fibromyalgie
- Goître
- Hépatite
- Syndrome fatigue chronique
- Hernie discale
- Ostéoporose
- Parkinson
- Sclérose en plaques

### Troubles psychologiques

- Alcoolisme
- Anorexie - Boulimie
- Dépendance aux drogues
- Soins psychiatriques
- Tentative de suicide

### Anomalies du sang

- Cholestérol élevé
- Anémie

### Cancer

- Intestinal
- Ovarien
- Prostate
- Peau
- Poumon
- Sein
- Utérus

Année du cancer : \_\_\_\_\_

Traitements : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Vos habitudes de vie

- |   |  |   |                                       |                                      |
|---|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Fumez-vous du tabac ?                       | <input type="checkbox"/> Tous les jours    | <input type="checkbox"/> À l'occasion       | <input type="checkbox"/> Jamais       |                                      |
| Buvez-vous de l'alcool ?                    | <input type="checkbox"/> Tous les jours    | <input type="checkbox"/> À l'occasion       | <input type="checkbox"/> Jamais       |                                      |
| Faites-vous de l'exercice ou des sports ?   | <input type="checkbox"/> Tous les jours    | <input type="checkbox"/> À l'occasion       | <input type="checkbox"/> Jamais       |                                      |
| Buvez-vous du café / boissons caféinées ?   | <input type="checkbox"/> Tous les jours    | <input type="checkbox"/> À l'occasion       | <input type="checkbox"/> Jamais       |                                      |
| Combien d'heures dormez-vous par nuit ?     | <input type="checkbox"/> - de 6 h          | <input type="checkbox"/> 6-8 h              | <input type="checkbox"/> 8-10 h       | <input type="checkbox"/> + de 10 h   |
| Mangez-vous de façon régulière ?            | <input type="checkbox"/> 1/ jr, des fois 2 | <input type="checkbox"/> 2 / jr, des fois 3 | <input type="checkbox"/> 3 / jr       | <input type="checkbox"/> + de 3 / jr |
| Combien de verres d'eau buvez-vous / jour ? | <input type="checkbox"/> - de 1 vr./jr     | <input type="checkbox"/> 1-2 vr./jr         | <input type="checkbox"/> 3-6 vr./jr   | <input type="checkbox"/> +6 vr./jr   |
| Quel est votre niveau de stress ?           | <input type="checkbox"/> Très stressé(e)   | <input type="checkbox"/> Stressé(e)         | <input type="checkbox"/> Lég. stressé | <input type="checkbox"/> Aucun       |

## Quels professionnels de la santé avez-vous déjà consultés et quand pour la dernière fois

Nom du professionnel et Ville	Jamais	Depuis + 5 ans	Il y a 1- 5 ans	Il y a 1 an & -
Chiropraticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuncteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine chinoise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapeute en énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Consentement éclairé

Les renseignements que vous êtes appelés à fournir à votre docteur en chiropratique concernant votre état de santé présent et passé sont de grande importance. Ceux-ci servent à déterminer toute contre-indication qui s'appliquerait dans votre cas. Ces renseignements doivent donc être complets et exacts, au meilleur de votre connaissance.

Comme dans tout traitement dans le domaine de la santé, il y a une possibilité de certains risques reliés aux traitements pouvant varier de la courbature musculaire jusqu'à des situations excessivement rares de complications cérébro-vasculaires lors de l'ajustement du rachis cervical. En tout temps, votre chiropraticien(ne) pourra répondre à toute question que vous pourriez avoir concernant les ajustements chiropratiques. Ceci vous permettra de prendre une décision éclairée quant à votre choix de recevoir les traitements prescrits par votre docteur en chiropratique. Statistiques comparant les complications de traitements médicaux et chiropratiques : Chirurgies pour douleurs cervicales (Décès : 0.69%, Complications : 1.56%), Médicaments anti-inflammatoires (Décès : 0.01%, Complications : 0.1%), Ajustements chiropratiques (Décès : Aucun au Québec, Complications : 0.000018%)

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes, je consens à passer les examens que le docteur jugera nécessaires et je reconnais avoir lu et compris ce consentement sur les soins chiropratiques.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date